



Ministero dell'Istruzione  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "L.Docimo"**  
 Viale Italia ,103 - 87040 **ROSE (CS)**  
 Codice Fiscale 80003940782 - Codice Meccanografico CSIC80900L  
 Telefono 0984901068 - Fax 0984901068 -  
 E-Mail: [csic80900L@istruzione.it](mailto:csic80900L@istruzione.it)  
 Pec [csic80900L@pec.istruzione.it](mailto:csic80900L@pec.istruzione.it)  
 Sito Web: [www.istitutocomprensivorose.edu.it](http://www.istitutocomprensivorose.edu.it)

Allegato 4, prot. n.ro 3037/2020 Trattamento dei Dati entro i limiti previsti dal D. Lgs. n.ro 196/2003

Al Dirigente scolastico Istituto Comprensivo di ROSE

**Oggetto: Riammissione Frequenza delle Attività scolastiche dietro presentazione di Certificato di Riammissione del Pediatra/Medico curante di Libera scelta, ovvero, di Autocertificazione, da parte dei Genitori.**

**MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA  
 se per motivi medici NON SOSPETTI COVID**

per un periodo non interrotto, pari o superiore a tre (leggasi 3) giorni, per la Scuola Infanzia, cinque (leggasi 5) giorni, per gli Altri Ordini e Gradi di Scuola, (ivi compresi i giorni festivi o di interruzione delle Attività all'interno del periodo considerato) e/o per altra motivazione anche oltre i giorni anzidetti

**PER RIAMMISSIONE A SCUOLA**

*in uso dal 19 ottobre 2020, con abrogazione di ogni Modello pregresso da consegnare agli Insegnanti di Sezione/Classe*

Il /La sottoscritto/a,

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... (.....) Data di nascita ...../...../..... residente in .....  
prov.  
 via/c.da ....., n.ro .... (eventuale indicazione domicilio, se diverso .....

Documento di riconoscimento .....scadenza...../...../.....  Allegato/  in visione (\*)

Genitore o Titolare della Responsabilità genitoriale dell'alunno/a

.....

frequentante la classe ....., sez. ...., plesso.....,grado Scuola.....  
 dell'Istituto in intestazione.

**ASSUNTA adeguata Informazione**, da parte della Scuola, sulle **Misure di Contenimento** dell'Emergenza da Covid\_19, nonché, in merito al

- proprio **Coinvolgimento**, rispetto alle Responsabilità di ruolo per l'attuazione delle stesse **Misure precauzionali**;
- proprio Impegno a **Comunicare**, tempestivamente ed in tempo reale, **ogni eventuale cambiamento, rispetto alle Attestazioni, rese**, nei Punti pregressi, qualora dovesse verificarsi

**DICHIARA SOTTO PROPRIA RESPONSABILITA'**

*(art. 46 e 47 DPR n.ro 445/2000)*

*consapevole delle Conseguenze, penali e civili, perseguibili dalla Legge, in caso di Attestazioni non veritiere e consapevole dell'importanza del rispetto delle Misure di Prevenzione a limitazione dei contagi da Covid-19 per la Tutela della Salute della Collettività*

in merito all'Assenza dalle Lezioni del/a proprio/a Figlio/a

— nel/da giorno ..../...../....., a giorno ..../...../....., per un totale di giorni .....

quanto segue:

*segnare con una X, singolarmente ogni Voce interessata per Assunzione di Dichiarazione valevole comunque come Notifica ed AutoCertificazione*

**A)** Per **ASSENZE NON DOVUTE A CAUSE MEDICHE**, "programmate/non programmate" (\*), anche se per più di tre (leggasi 3) giorni, per la Scuola Infanzia, cinque (leggasi 5) giorni, per gli Altri Ordini e Gradi di



Scuola, che:

- L'Assenza del/la proprio/a Figlio/a non è dovuta a Motivi di Salute, né tanto meno a ragioni, in qualche modo, collegabile a Persone e/Motivi con ipotesi di *contagio* Covid\_19.
- L'Assenza del/la proprio/a Figlio/a è dovuta a Motivi Familiari.
- L'Assenza del/la proprio/a Figlio/a è dovuta a (altro da sopra) : .....

**B)** Per **ASSENZE DOVUTE A CAUSE MEDICHE NON SOSPETTE PER COVID-19**, in via accessoria e solo in casi estremi, entro i tre (leggasi 3) giorni, per la Scuola Infanzia, cinque (leggasi 5) giorni, per gli Altri Ordini e Gradi di Scuola che:

in vigenza del **DPR n.ro 1518/1967**, "Regolamento per l'Applicazione del Titolo III del D.P.R. n.ro 11/12/1961 n.ro 264 relativo ai servizi di medicina scolastica - art. 42 -" se non è stato Assunto il Certificato Medico di Riammissione a Scuola, in quanto:

- Impossibilitati a Recarsi dal Pediatra di Libera scelta, dott./ssa ..... di .....
  - Non Rilasciato dal Pediatra di Libera scelta, dott./ssa ..... di .....
- causa la seguente Motivazione .....

L'Assenza, non superiore a tre (leggasi 3) giorni, per la Scuola Infanzia, cinque (leggasi 5) giorni, per gli Altri Ordini e Gradi di Scuola, del/la proprio/a Figlio/a è dovuta a Motivi di Salute, in assenza di manifestazioni sintomatiche Covid-19.

### PTQSM

In entrambi i casi, A) o B)

### ATTESTATO

*con riferimento alla stessa Dichiarazione di Responsabilità, di cui sopra, e nel rispetto della Circolare della Salute Pubblica, prot. n.ro 32850 del 12 ottobre 2020*

che, durante il detto periodo di Assenza, si sono seguite tutte le dovute Tutele precauzionali, al fine del contenimento del contagio da Covid\_19, e, dunque, che lo/a stesso/a Figlio/a:

- Non** presenta **Sintomatologia** Respiratoria o Febbre superiore a 37.5° C, in data odierna, così come nei **tre giorni precedenti** alla presente Dichiarazione.
- Non** è stato/a **Contatto** con Persone positive, secondo la scansione temporale della Circolare 32850/2020.
- Non** è stato/a in **Quarantena** o Isolamento domiciliare, secondo la scansione temporale della Circolare 32850/2020, o di essere in possesso del **Nulla Osta**, attestante il **Termine** di Quarantena o Isolamento domiciliare.

### NE CHIEDE LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

*firmare in calce*

**C)** Per Assenze **DOVUTE A CAUSE MEDICHE** per più di tre (leggasi 3) giorni, per la Scuola Infanzia, cinque (leggasi 5) giorni, per gli Altri Ordini e Gradi di Scuola, e/o **SOSPETTE PER COVID-19** **È necessario Certificare il Percorso clinico/diagnostico, come valutato/attestato più appropriato dal Pediatra o dal Medico curante di libera scelta, ai fini dell'opportunità del rientro a Scuola, eventualmente, anche con l'interessamento del Dipartimento di Prevenzione (DdP), competente per Territorialità, tenuto conto che non si può chiedere il rientro a Scuola con la sola Certificazione familiare .**

(\*) **NB:**

*Per le Assenze, da Scuola, non dovute a cause mediche (es.: vacanze; settimana bianca, motivi personali, motivi familiari, etc....), se "programmate", si sollecita la Famiglia alla **Comunicazione preventiva**, per una migliore Organizzazione di gestione, ma, soprattutto, di Sicurezza, consequenziale ai Motivi emergenziali in atto. In merito, si sottolinea che non occorre, al rientro, l'esibizione di alcun Certificato medico, ma solo la presentazione della presente AutoCertificazione, che attiene all'Assunzione di Responsabilità, come dovere civico.*

**Si auspica, invece, nonostante la Legge, ad oggi, non lo imponga, la presentazione della Certificazione medica per tutte le Assenze, causa medica, se pure inferiori ai cinque (leggasi 5) giorni per il dovere sociale di attenzione verso la Comunità, ricorrendo alla presente AutoCertificazione solo in casi rari ed estremi.**

Luogo, \_\_\_\_\_

data \_\_\_/\_\_\_/202\_\_

.....  
Firma leggibile

(dell'Interessato/a)

resa con Responsabilità di Informativa e Condivisione dell'altro Genitore/Tutore, nel pieno Rispetto del Principio della Bigenitorialità, L. 8 febbraio 2006, n.ro 54

**Docente ricevente** ....., data ..../.../.....

